



FUERZA AÉREA ARGENTINA



E.S.F.A.

SOLICITUD DE INGRESO

AÑO 2012

SOLICITUD DE MATRICULACION

(SOLO DISPONIBLE EN www.esfa.iua.edu.ar)

CONSTANCIA DE ESTUDIOS

CONSTE por la presente que el alumno/a.....
CURSA / HA CURSADO⁽¹⁾ el.....año, del Plan de Estudios vigente, cuya duración es de.....años, egresando con el título de....., en la Especialidad.....

Asimismo se deja aclarado que el Alumno/a **SÍ / NO ADEUDA**⁽²⁾ asignaturas de años anteriores, habiendo aprobado todos los cursos desde el 1º año hasta el.....año del Nivel Polimodal, Medio y/o Equivalente, según registros y documentación obrantes en este Establecimiento Educativo.

Asignaturas pendientes: 1º..... Curso:

2º..... Curso:.....

Lugar y Fecha.....

.....
Sello de la Institución

Firma y Aclaración.....
(Firma del Rector, Director o Regente)

NOTA

1. (1) y (2) Tachar lo que NO corresponda.
2. Todo candidato, que se encuentre cursando el último año del Nivel Polimodal, Medio y/o equivalente, al finalizar el mismo debe presentar una Constancia de Certificado de Estudios o de Título “en tramite” cuya validez no debe exceder los 90 (NOVENTA) días.
3. Podrá adeudar 2 (DOS) asignaturas previas pendientes mencionando en esta Constancia el nombre de la/s misma/s y el curso al cual corresponde/n.
4. A partir del primer día hábil del mes de marzo el Candidato que ingresó como Aspirante de 1º Año dispondrá de 30 (TREINTA) días para regularizar la situación administrativa académica ante la División Difusión, Incorporación y Alumnos de la ESFA.

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ANALISIS HIV

Los que suscriben:

PADRE.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

MADRE.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

CANDIDATO.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

TUTOR.(*).D.N.I. N°.....C.I.N°.....

(*)Sólo firma cuando ha sido designado judicialmente.

Prestan su consentimiento para que le sea realizado el análisis de HIV al Candidato a ingreso a la Escuela de Suboficiales de la Fuerza Aérea antes mencionado.

Firmas:

.....
Candidato Padre Madre Tutor (*)

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PREVIO A-1 VOLUNTARIO
PARA INGRESO A LOS INSTITUTOS DE FORMACIÓN MILITAR**

Anexo 5

1. APELLIDO Y NOMBRE	2. GRADO	3. N° DIBPFA
4. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	5. MOTIVO DEL EXAMEN	6. FECHA DE EXAMEN
7. FECHA Y DIRECCIÓN DEL EXAMINADO		8. OTRA INFORMACIÓN
9. DESTINO	10. DESTINO INTERNO	11. TELÉFONO
12. ESCALAFÓN – ESPECIALIDAD	12/1. HORAS DE VUELO	12/2. ÚLTIMOS 6 MESES

A ANTECEDENTES PERSONALES HA PADECIDO O PADECE:

Tildar cada ítem	SÍ	NO	Tildar cada ítem	SÍ	NO	Tildar cada ítem	SÍ	NO	Tildar cada ítem	SÍ	NO
Fiebre reumática			Anginas			Convulsiones			Flujo-picazón vaginal		
Neumonía			Traumatismos, heridas			Depresión			Dolor vaginal		
Bronconeumonía			Estuvo intern. o en trat.			Apatía			Menstruación		
Pleuresía			Interv. quirúrgicas			Irritabilidad			Es dolorosa?		
Asma			Pérdidas de conocimien.			Vértigos			¿Obliga a reposo?		
Corizas a repetición			Desmayos			Zumbidos			Edad 1° menstruación		
Sinusitis			Amnesia			Neuritis			Fecha última menstr.		
Otitis			Epilepsia			Hábitos alcohólicos					

B Intolerancia a los medicamentos (especificar):

¿Ha variado con respecto a años anteriores?

C ¿Ha sido o está suspendido para la actividad aérea por el Escuadrón Sanidad de su Unidad?

Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la fiel expresión de la verdad

.....
Firma del Candidato examinado

BIOMETRÍA	13. ALTURA <input type="checkbox"/>	14. PESO	15. C.V.	16. CONTEXTURA FÍSICA DELGADO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> PESADO <input type="checkbox"/> OBESO
-----------	-------------------------------------	----------	----------	--

EXAMEN CLÍNICO

ORMAL		ANORMAL	NOTA:
	17. Cabeza – cara – cuello – cabello		<p>Describe cualquier anomalía con detalle, anotando el número del párrafo pertinente. Continúe en el N° 66 o use hojas adicionales si fuera necesario.</p> <p>Todos los Candidatos deberán presentar obligatoriamente los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Electroencefalograma con informe médico (Neurólogo).</i> ✓ <i>Una Ortopantomografía dentomaxilar con informe de médico especialista.</i> ✓ <i>Certificado de vacunas de acuerdo a lo determinado por el Ministerio de Salud - Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina.</i> ✓ <i>Certificado de aplicación de vacunas antigripal, hepatitis tipo "B" y Doble Bacteriana (DT).</i> ✓ <i>Además el Personal Femenino exclusivamente deberá presentar un examen clínico ginecológico con una validez de 90 días como máximo que incluya un examen mamario, una ecografía ginecológica, un papanicolau, una colposcopia certificada por médico ginecólogo y una radiografía panorámica de pelvis.</i> ✓ <i>Ecocardiograma c/Informe Médico (Cardiólogo)</i>
	18. Tórax y pulmones		
	19. Corazón (ritmo, sonidos, medidas)		
	20. Sistema vascular		
	21. Abdomen y vísceras (hernia)		
	22. Ano y recto (hemo., fístula, etc.)		
	23. Sistema endocrino		
	24. Sistema génito – urinario		
	25. Extremidades superiores		
	26. Pies		
	27. Extremidades inferiores		
	28. Columna vertebral		
	29. Señas particulares, tatuajes cicatriz		
	30. Piel y Linfáticos		

31. EXAMEN CLÍNICO CARDIOLÓGICO

32. PRESIÓN ARTERIAL	SIS.	33. PULSO	34. E.C.G.
REPOSTADO	DÍAS.	REPOSTADO	

<p>35.1</p> <p>Caries curables ●</p> <p>Caries incurables -</p> <p>Diente extraído =</p> <p>Diente ausente x</p> <p>Diente temporario T</p> <p>Obturación /</p> <p>Paradentosis Pd</p>	<table border="0"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>P</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>~</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>~</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	0			P	8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	I			~	8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	~			~	<p>Corona</p> <p>Pivot</p> <p>Incrustación</p> <p>Puente</p> <p>Chapa</p> <p>Gancho o pares</p> <p>Ortodoncia</p>	<p>35/1. DEFECTOS O ENFERMEDADES BUCODENTALES</p> <p align="center">Sello y Firma del Profesional</p>
8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	0																			
		P																			
8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	I																			
		~																			
8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7	~																			
		~																			

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PREVIO A-1 VOLUNTARIO
PARA INGRESO A LOS INSTITUTOS DE FORMACIÓN MILITAR**

NORMAL		ANORMAL									
	36. Ojos – General		Sello y Firma del Profesional Describa cualquier anomalía con detalle, anotando el número del párrafo pertinente. Continúe en el N° 66 y use hojas adicionales si fuere necesario. El examen oftalmológico (agudeza visual) debe realizarse con equipo Ortho-Rater Rodenstock o similar.								
	37. Oftalmología										
	38. Pupilas (igualdad y reacción)										
	39. Movilidad ocular										
40. VISIÓN LEJANA		41. REFRACCIÓN		42. VISIÓN CERCANA			43. HETEROFORIA (aclarar distancia)				
OD: c/c											
OI: c/c											
44. ACOMODACIÓN		45. VISIÓN CROMÁTICA		46. VISIÓN DE PROFUNDIDAD			INCORRECTO:				
DER: IZQ:							CORRECTO:				
47. CAMPO VISUAL		48. VISIÓN NOCTURNA		49. FONDO DE OJO			50. TENSIÓN INTRAOCULAR				
NORMAL					ANORMAL						
	51. NARIZ					Sello y Firma del Profesional Describa cualquier anomalía con detalle, anotando el número del párrafo pertinente. Continúe en el N° 66 y use hojas adicionales si fuere necesario.					
	52. SENOS PARANASALES										
	53. BOCA Y GARGANTA										
	54. OÍDOS – GENERAL										
	55. TÍMPANOS (Perforación)										
56. AUDIOMETRÍA		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
DERECHO											
IZQUIERDO											
EXÁMENES DE LABORATORIO											
57. ORINA		A Densidad			B Microscopia				61. Otros		
C Albúmina				D Glucosa							
58. SANGRE		A Glucemia			B Uremia		C Eritrosedimentación				
D Glóbulos rojos		E Glóbulos blancos			F Hemoglobina		G Hemát.				
H Form. N	I	J	L	M							
O Serología		59. .S.			60. R.H.				Sello y Firma del Profesional		
62. NEUROLOGÍA					63. PSIQUIATRÍA						
Firma del Profesional					Sello y Firma del Profesional						
64. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX											
sello y Firma del Profesional											
65. NOTAS (CONTINUACIÓN)											
66. CALIFICACIÓN: (el Médico Examinador debe calificar señalando en alguna de las siguientes categorías)											
CONDICIONAL				APTO CONDICIONAL				INEPTO			
FECHA.....											
Sello y Firma del Profesional											

ESTUDIOS MEDICOS OBLIGATORIOS
PARA INGRESO A LOS INSTITUTOS DE FORMACION MILITAR

Todos los Candidatos deberán presentar obligatoriamente los siguientes estudios:

- ✓ Electroencefalograma con informe médico (Neurólogo).
- ✓ Una Ortopantomografía dentomaxilar con informe de médico especialista.
- ✓ Certificado de vacunas de acuerdo a lo determinado por el Ministerio de Salud – Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina.
- ✓ Certificado de aplicación de vacunas antigripal, hepatitis tipo “B” y Doble Bacteriana (DT).
- ✓ Ecocardiograma c/Informe Médico (Cardiólogo).
- ✓ Además el Personal Femenino exclusivamente deberá presentar un examen clínico ginecológico con una validez de 90 días como máximo que incluya un examen mamario, una ecografía ginecológica, un papanicolau, una colposcopia certificada por médico ginecológico y una radiografía panorámica de pelvis.
- ✓ RX de columna lumbosacra - frente y perfil.

<p>NOTA: la no presentación de los Estudios Médicos solicitados precedentemente, dará lugar a la exclusión del Candidato del Período de Selección.</p>

CONSTANCIA DE TOMADO CONOCIMIENTO

Los que suscriben en su carácter de Padre/Madre/Tutor/Candidato, manifiestan con carácter de Declaración Jurada, haber recibido, tomado conocimiento y aceptar prestando conformidad, las disposiciones y requisitos contemplados en las "Condiciones y Programas para el Ingreso", correspondiente a la incorporación indicada en la presente hoja.

PADRE.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

MADRE.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

TUTOR (*).....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

CANDIDATO.....D.N.I. N°.....C.I.N°.....

(*)Sólo firma cuando ha sido designado judicialmente.

Firmas:

.....
Candidato Padre Madre Tutor (*)

(*) Sólo firma cuando ha sido designado judicialmente.